

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

con riferimento al regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate, agli interventi ed ai servizi erogati dal Comune di Civitavecchia, approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 21 del 13/02/2018

CHIEDE

per sé stesso
 per il/la sig./ra _____
nato/a a _____ (____) il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

in qualità di _____
(specificare grado di parentela della persona che sottoscrive la domanda o se trattasi di Tutore,
Amministratore di Sostegno o altro)

di poter usufruire dell'**integrazione della retta per il ricovero presso la R.S.A.**

DICHIARA

(Ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

di essere:

- residente nel Comune di Civitavecchia dalla data _____
 in attesa di ricovero presso la R.S.A.
 ricoverato dal _____ presso la R.S.A. _____
 di usufruire di non usufruire dell'indennità di accompagnamento;
 di avere in corso la pratica per il riconoscimento dell'invalidità civile;
 in possesso della certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 attestante l'handicap grave;
 convivente; nubile/celibe; vedovo/a; coniugato/a; legalmente separato/a;
 divorziato/a

che il protocollo della Dichiarazione Sostitutiva Unica resa ai fini del rilascio dell'attestazione ISEE SOCIO SANITARIO RESIDENZE INTEGRATO DELLA COMPONENTE AGGIUNTIVA PER CIASCUN FIGLIO NON INCLUSO NEL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO in data è il seguente:

PROT. INPS-ISEE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Non saranno prese in considerazione le Dichiarazioni Sostitutive Uniche che riportano una data successiva a quella di consegna della domanda di accesso alla prestazione all'Ufficio Protocollo)

che i parenti tenuti a comparire nell'attestazione ISEE sociosanitaria residenze sono coniuge e figli, come di seguito riportati:

	COGNOME	NOME	REL. PARENTELA	INDIRIZZO
1)	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____	_____
7)	_____	_____	_____	_____

 sottoscritto/a, **chiede** che tutte le comunicazioni inerenti alla presente domanda, siano inviate al seguente indirizzo, **impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni variazione** dello stesso, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Nome _____ Cognome _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ (Prov. _____) Tel./Cell. _____

E-mail _____

PEC _____

ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA:

- 1) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO DELL'INTERESSATO E DI COLUI/EI CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;
- 2) SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI IMPEGNO ALLA RESTITUZIONE DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (*solo per coloro che hanno in corso la pratica per il riconoscimento dell'invalidità civile*);
- 3) VERBALE DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE RILASCIATO DALLA ASL;
- 4) CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELL'HANDICAP GRAVE AI SENSI DELL'ART.3 COMMA 3 DELLA LEGGE N.104/92.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:
Telefono: 07665901 Indirizzo PEC: comune.civitavecchia@legalmail.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica:
rpd@comune.civitavecchia.rm.it

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

MODULO DI IMPEGNO

ALLA RESTITUZIONE DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Da compilarsi da parte del richiedente o del familiare delegato al ritiro della pensione solo per coloro che hanno in corso la pratica per il riconoscimento dell'invalidità civile

Vista la Legge Regionale n. 41/93, istitutiva delle Residenze Sanitarie Assistenziali nonché il Regolamento Regionale n. 1/94 relativo all'organizzazione, funzionamento e realizzazione delle RSA;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 6020 del 10.10.1998, inerente l'erogazione dei finanziamenti ai Comuni per le funzioni delle Residenze Sanitarie Assistenziali;

Il/La sottoscritt_ _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ in qualità di _____

del/la sig/ra _____

ricoverato/a presso la Residenza Sanitaria Assistenziale _____

Essendo in atto, presso gli organi competenti, la pratica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento,

DICHIARA

di impegnarsi a restituire a codesto Comune le somme dallo stesso anticipate per il pagamento della quota parte, di natura non sanitaria, qualora verrà erogata l'indennità di accompagnamento ed eventuali arretrati.

Civitavecchia, _____

IN FEDE

Allegare copia del documento di riconoscimento della persona che sottoscrive il presente modulo di impegno